Etude clinique et projective des organisations identitaires identificatoires Chez la femme stérile et la femme enceinte

Zahia KHARDOUCHE-BALI,
Université KASDI Merbah, Ouargla.

Cette étude vise à explorer, à partir de l'approche dynamique psychanalytique, les organisations psychopathologiques sous jacentes au processus de maternité. La méthodologie de la Recherche est l'étude de cas, associant la passation d'épreuves Projectives (Rorschach et TAT). Après une revue de littérature sur la question de la stérilité et la maternité, l'auteur analyse la signification de la stérilité chez les femmes stériles -à la lumière du matériel clinique recueilli. Cette analyse confirme la fragilité du fonctionnement psychique chez les femmes stériles; marquées par un manque de souplesse dans les aménagements défensifs qui lui-même révèle des fragilités identitaires et identificatoires, Ainsi, ce qui domine chez ces femmes, c'est surtout l'inhibition. Par ailleurs, chez les femmes appartenant au groupe témoin (les femmes enceintes ne souffrants pas de problèmes organiques), les aménagements défensifs sont plus souples. Ces résultats confirment que le processus de maternité, dépend de la qualité des assises identitaires et identificatoires chez les femmes.

الملخص

يهدف هذا البحث إلى الكشف –انطلاقا من التناول الدينامي التحليلي– عن التنظيمات النفس مرضية التحتية لصيرورة الأمومة. منهج البحث هو دراسة حالة القائم على التقنيات الاسقاطية (الرورشاخ و تفهم الموضوع). بعد القراءة النظرية حول مسألة العقم و الأمومة، تحاول المؤلفة أن تحلل معنى العقم عند النساء (على ضوء المادة العيادية المنتقاة). أثبتت هذه الدراسة، هشاشة على مستوى الهوية و التقمصات لدى النساء العقيمات –الذي تميز بنقص المرونة في الإعدادات الدفاعية فما يسيطر عند هته النساء، هو الكف و الذي يشهد بدوره على هشاشة على مستوى التوظيف النفسي —حسب درجة معاناة النساء في أمومتهن– من جهة أخرى، فعند نساء المجموعة الشاهدة (النساء الحوامل بدون مشاكل صحية)، بدت الإعدادات الدفاعية أكثر مرونة و مواقف تقمصية و هوية واضحة. تؤكد هذه النتائج ارتباط صيرورة الأمومة، بنوعية الهوية و التقمصات لدى النساء.

Introduction :

Le phénomène de la stérilité inexpliquée, relève d'une incapacité à tomber enceinte -malgré l'absence de toute explication médicale et aussi malgré des essais de stimulation hormonale et/ou de fécondation artificielle. Schématiquement, on peut citer la théorie de la stérilité comme symptôme hystérique, la théorie psychosomatique et la théorie de l'intentionnalité du symptôme hystérique.

Pour la théorie qui considère que la stérilité est un symptôme hystérique, elle voit derrière le symptôme, un conflit, que la stérilité résout par la suppression directe de l'enfant. Dans ce sens, la stérilité fonctionne comme un symptôme de conversion exprimant un compromis entre le désir et le refoulement.

La théorie psychosomatique quant à elle, rend compte d'une causalité psychique responsable d'un symptôme aléatoire. Pour P. MARTY, les femmes stériles déchargent dans leur corps l'excès d'excitation produit par un conflit lié à leur histoire. *« Leur narcissisme fragile est volontiers traumatisé par le projet d'introduire un enfant entier dans un couple fusionnel* ». (P. MARTY, 1980 : p.180).

Pour PRAGIER, le symptôme de la stérilité est intentionnel et il répond directement au refus inconscient de procréer sans refoulement. En effet selon elle, « *la stérilité mettrait en acte un irreprésentable de la conception, entrainant une abrasion de la mentalisation et la décharge directe de l'excitation dans le comportement ou dans le corps* ». (PRAGIER, 2001 : p.48).

Pour Sylvie Faure PRAGIER donc, les conflits psychiques peuvent être à l'origine d'une altération organique. En effet selon elle, les problèmes organiques peuvent induire une souffrance qui peut être à l'origine des réactivations des problématiques infantiles relative à la relation de la fille à sa mère ; celle ci étant considérée comme responsable de cette incapacité à avoir un enfant. Ces réactivations peuvent être elles mêmes responsables –dans un cercle vicieux- d'autres symptômes organiques qui vont augmenter la dépression. La théoricienne part surtout de l'hypothèse d'un déni du féminin.

Dans cette perspective du retentissement des conflits psychiques sur le corps, on peut citer le point de vue de M. BYDLOWSKI (1978), qu'on résume ici au fait que pour elle, l'inconscient est à l'origine de la stérilité. Plus tard, elle précise qu'avant la conception de l'enfant, il est imaginaire ; et que chaque femme en principe, désirerait avoir un enfant. Enfanter c'est reconnaitre sa propre mère à l'intérieure de soi. Ce côté narcissique du désir d'enfant peut, selon BYDLOWSKI, interpréter certaines stérilités comme un résultat d'une impossibilité de donner vie à un enfant qui prendra sa place.

Problématique :

Un des mérite important de la psychanalyse est d'avoir montré qu'on ne « *peut plus, en effet, s'en tenir au seul modèle d'une causalité linéaire où lorsque sont réalisées certaines conditions, B succède nécessairement à A. En bien des domaines prévalent des modèles de causalité plus complexes, en boucle, en feedback, en réseau, selon des schémas de causalité récurrente, etc.* » (PERRON R., 2010 : p.98).

L'évaluation de la qualité du fonctionnement mental d'un patient est probablement l'élément le plus déterminant dans le choix des interventions thérapeutiques et aménagements techniques du cadre analytique, même si cette évaluation s'effectue de façon implicite.

Cette recherche se propose de vérifier les niveaux de fonctionnement mental chez les femmes stériles et en considérant l'implication pour le travail analytique. Plus précisément, son objectif est de mettre en évidence quelques facettes du fonctionnement mental, chez ces femmes qui sont d'abord loin d'être typiques. Ainsi, du point de vue psychanalytique, le comportement pathologique vise l'externalisation des conflits et le contre investissement d'une réalité interne anxiogène qui menacent le sujet de débordement.

La personnalité humaine et sa façon d'exister dépend, selon la psychanalyse, de sa vie antérieure dans son enfance, précisément le complexe d'Œdipe et la façon de le résoudre. L'échec de la résolution de ce complexe –soit par fixation aux phases antérieures et ne pas accéder à ce complexe, ou par le non dépassement du complexe, va influencer la façon dont l'individu construit ses relations et sa vie ultérieurement.

La souplesse du fonctionnement psychique, « *réside précisément dans ces possibilités de passer de la narcissisation de la représentation de soi à une situation d'altérité et parallèlement de prendre appui sur le relationnel pour conforter l'image de soi. A condition certes que ces mouvements puissent s'effectuer réellement dans les deux sens, ce qui s'avère fort rare* ». (EMMANUELLI M., BOEKHOLT M., 1995 : p.35). Les études qui ont été faites sur la stérilité dans le domaine psychanalytique vont dans le sens de problématiques narcissiques aux problématiques hystériques.

A l'instar de nombreux auteurs, M. BYDLOWSKI (1997) considère la grossesse comme un épisode narcissique, avec les dangers de régression qui y sont liés. Ainsi, toute grossesse voit apparaître la prévalence de mouvements narcissiques.

Toute femme enceinte peut vivre les premières transformations de son corps comme une "expérience déstabilisante et angoissante", comme l'annonce de modifications plus importantes qui menaceront son image d'elle-même. Nous pouvons alors supposer, que pour qu'une femme vive sa grossesse sans difficultés majeures, il faut qu'elle soit dotée d'une image du corps consistante et suffisamment structurée. C'est pourquoi

nous nous intéressons aux femmes enceintes qui n'ont pas des problèmes de santé (comme groupe témoin), car le fait de réaliser la maternité sans problèmes de santé est un indice d'un bon fonctionnement. C'est ainsi que nous avons pensé vérifier la qualité du fonctionnement psychique chez les femmes stériles. En utilisant les techniques projectives, nous pensons arriver à comprendre la problématique de chaque femme à part.et aussi dégager ce qui est commun chez ces femmes.

Le mode de construction concernant les outils employés, tels les tests projectifs et leur finalité, va permettre « *l'approche globale du sujet à partir d'indices: diversifiés, issus de données plurielles […]. La démarche d'interprétation des données repose donc sur leur confrontation à un système de compréhension structurale et dynamique qui permet de donner une cohérence aux résultats et de dégager ce qui caractérise intrinsèquement le sujet rencontré* ». (EMMANUELLI M., 2003 : p.15).

Dans notre recherche, nous voulons savoir précisément :

1. Est ce que les organisations psychopathologiques dominantes chez les femmes stériles et chez les femmes enceintes seront :

1.1. Variées selon chaque femme ?

1.2. Où est ce que le vécu commun de stérilité ou de grossesse, chez notre population,

1.3. laissera apparaître une organisation psychopathologique spécifique ?

2. Est-ce que les femmes stériles manifesteront-elles un fonctionnement psychique qui sera « pathologique » et qui se donnera à voir à travers :

2.1. Des aménagements défensifs rigides et insuffisants pour pouvoir se dégagé des problématiques sollicitées par les tests projectifs (Rorschach et TAT)?

3. Est ce que les femmes enceintes sans difficultés majeures de santé, manifesteront un fonctionnement psychique « normale »; qui lui-même se donnera à voir à travers :

3.1. Les aménagements défensifs souples et variés qui permettront un dégagement suffisant des problématiques sollicitées par les tests projectifs (RORSCHACH et TAT)?

Les Hypothèses :

A partir de tout ce que nous avons avancé précédemment nous proposons les hypothèses suivantes :

1. Les organisations psychopathologiques dominantes chez les femmes stériles et chez les femmes enceintes seront variées ; allant du fonctionnement limites au fonctionnement névrotique avec peut être une frange psychotique.

2. On s'attend à ce que les femmes stériles manifestent un fonctionnement psychique qui sera « pathologique » et qui se donnera à voir à travers :
2.1. Des aménagements défensifs rigides et insuffisants pour pouvoir se dégagé des problématiques sollicitées par les tests projectifs (RORSCHACH et TAT)?
3. On s'attend à ce que les femmes enceintes sans difficultés majeures de santé, manifestent un fonctionnement psychique « normale »; qui lui-même se donne à voir à travers :
3.1. Les aménagements défensifs souples et variés qui permettront un dégagement suffisant des problématiques sollicitées par les tests projectifs (Rorschach et TAT)?

Opérationnalisation des hypothèses :

Le fonctionnement type « normal » est caractérisé aux tests projectifs, Selon TRAUBENBERG N.R., par des protocoles qui ont les caractéristiques suivantes :

-Mouvements Identificatoires bien définis ;
-Différenciation des rôles féminins et masculins selon les planches;
-Alternance entre situations d'activité et de la passivité ;
-Représentation humaines bien définies… (TRAUBENBERG N. R., 1990).
Plus les protocoles sont proches de ces repères, plus le fonctionnement psychique est « normal » et plus il s'éloigne d'elles, plus il est « anormal ».[1]

Objectifs :

L'objectif de notre étude est de permettre de saisir la spécificité et le repérage, d'aménagements psychiques sous-jacents au processus de la maternité relatif à la stérilité psychogène par rapport à la grossesse ; de montrer que ce qui est significatif, c'est de cerner le statut métapsychologique de ce symptôme, avec la compréhension de la problématique de chaque femme, et non son classement définitif. Ce qui permettra d'envisager, une prise en charge spécifique à chaque femme stérile, selon la spécificité de sa problématique.

Notre intérêt pour les femmes enceintes sans difficultés de santé a pour objectif de vérifier notre hypothèse ; car nous pensons que pour qu'une femme tombe enceinte, il faut qu'elle dépasse, même partiellement, les conflits infantiles. Aussi, le fait que la femme ne soufre pas pendant sa grossesse est un indice du bon fonctionnement psychique. Il est clair que nous voulons comparer les femmes stériles aux femmes

[1] Nous avons délibérément choisis, de mettre « normal », « anormal » et « pathologique » entre guillemets, vu qu'elles sont des notions très relatives. En psychanalyse, il n'y a pas de normal ou de pathologique absolu et permanent mais il faut prendre ces concepts dans un cadre dynamique.

enceintes (fertiles) car se sont deux niveaux opposés de la maternité, entre possible et impossible. Nous insistons surtout sur le fait que la comparaison ici n'est pas au sens strict mais avant tout, il s'agit de comparer les processus.

Méthodologie :

Population

42 femmes, au total, ont participé à cette étude. L'échantillon comprenait 02 groupes de femmes. Le premier est constitué de femmes ayant une stérilité primaire psychogène (n=21). Ce groupe a été considéré comme groupe clinique. Le deuxième groupe est composé de femmes fertiles, qui vécurent des grossesses sans difficultés (n=21). Ce second groupe nous a servi de groupe témoin.
Pour la composition de l'échantillon, les critères suivants ont été pris en compte :

Critères d'inclusion

1. Être âgée de 25 à 40 ans
2. Etre une femme stérile (pour le groupe clinique)
3. Ne pas avoir une explication médicale pour la stérilité (pour les femmes du groupe clinique).
4. Etre mariée (pour les femmes du groupe clinique et témoin)
5. Être fertiles avec absence de problèmes de santé pendant la grossesse (pour le groupe témoin)
6. Être stérile pour au moins une durée de 2 ans : suivant les consignes médicales du diagnostique de stérilité (pour les femmes du groupe clinique).

Critères d'exclusion

1. Les femmes chez qui on a diagnostiqué un problème organique susceptible d'empêcher la grossesse.
2. Les femmes chez qui nous avons diagnostiqué un problème organique chez leur mari susceptible d'empêcher la grossesse chez elles.
3. Femmes toxicomanes.
4. Femmes handicapées mentales.
5. Des femmes qui vécurent des grossesses avec des difficultés de santé.
6. Femmes célibataires.

Caractéristiques descriptives de la population

Les femmes ont un niveau scolaire allant du primaire au supérieur ; aucun cas de femmes illettré.

Méthode et techniques utilisés :

Notre étude est clinique basée sur l'étude de cas. Sous le terme « d'étude de cas » apparaissent deux activités distinctes. L'une est un « *mode de travail clinique permettant le recueil (voire l'accueil) de données concernant un sujet ; ces données doivent être riches […], diversifiées […], subjectives (critère de la représentation du problème par le sujet), étendues (critère de la totalité et de l'histoire). L'autre activité est la production par le clinicien d'une représentation ordonnée, explicative, qui rende compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité (ne pas isolé les symptômes considérer le sujet comme une totalité) et de singularité (c'est la personne qui importe avec ses spécificités, son originalité, son histoire)* ». (PEDINIELLI J-L. et FERNANDEZ L., 2009 : p.50). Avec ces deux volets, l'étude de cas est « *par ailleurs utilisée à plusieurs niveaux de la psychologie : l'activité clinique professionnelle d'abord, l'activité de communication entre praticiens (exposer un cas, échanger autour d'un cas), l'activité de connaissance (le cas dans la production et la validation de théories*) ». (*Ibid*. p. 50).

-Deux techniques projectives: le RORSCHACH et le TAT.

La confrontation des deux épreuves projectives permet « *un affinement considérable de l'évaluation diagnostique, d'une part en étayant le diagnostic par une double argumentation, d'autre part en provoquant une dynamique largement offerte par leurs matériaux qui déclenchent des expériences et des conduites psychiques dont la variété peut être exploitée par le sujet* ». (CHABERT C., 1998 : p.63). Dans la perspective clinique, « *il s'agit d'une approche du sujet considéré de manière holistique, et non de l'addition de résultats isolés censés "situer" son niveau intellectuel, désigner d'éventuelles difficultés dans l'appréhension de l'espace ou du schéma corporel, voire permettre le diagnostic d'un trouble psychopathologique* .» (EMMANUELLI M. 2003 : p.15). On l'aura compris, il ne s'agit pas de traiter l'individu d'une façon dichotomique où les différentes parties sont séparées, mais de prendre l'individu comme une entité régit par un système dynamique. Il n'est par conséquent pas possible de le classer définitivement dans un registre isolé.

Méthode d'analyse des techniques utilisées :

Les protocoles de RORSCHACH ont été cotés en référence au livret de cotation de Cécile BEIZMANN (1966), et analysé en référence aux travaux de C. CHABERT (1983, 1987). Les protocoles du TAT ont été cotés et analysés en moyen de la grille de Vica SHENTOUB (1990).

Le classement des femmes :

Pour le classement des femmes selon le registre pathologique, nous renvoyons le lecteur aux grilles établies par SI MOUSSI A. et BEN KHALIFA M. (2009, p.193-206). Pour la construction de ces grilles, les auteurs sont partis des études de l'équipe de Paris V pour essayer de dégager les caractéristiques de la production aux projectifs chez les sujets Algériens. Dans ce sens, nous estimons que cette référence est d'une portée enrichissante pour notre recherche.

Lieu et période de recherche :

La recherche s'est déroulée à Ouargla dans quatre institutions de santé (2 privées et 2 publiques), entre janvier 2008 et janvier 2010 (avec des arrêts de juillet à septembre pour les vacances).

Population :

Le choix de l'échantillon est accidentel selon la présentation de la femme, au hasard, à la consultation chez le médecin ou la sage femme de l'institution. Nous avons rencontré chaque femme individuellement, dans un bureau réservé pour notre recherche. Trois rendez- vous sont consacrés pour chaque femme : le premier pour l'entretien clinique (pour préparer chaque femme au prochain rendez-vous concernant les tests) ; le second pour le test RORSCHACH et le troisième pour le test TAT (avec un écart d'une semaine maximum et de 2 jours minimum, entre un rendez-vous et un autre).

Les résultats cliniques de l'étude et discussion:

A- Les résultats les plus saillants au Rorschach :

Tableau n°1 : moyenne d'apparition des facteurs de sociabilité au RORSCHACH chez les femmes du groupe de recherche.

Eléments / Proc. maternel	Ban	H٪	A٪	D٪	G٪	F+٪ Elargi	F٪ Elargi	F+٪	F٪
Stérilité	4	09	40	42	50	57	81	66	58
Grossesse sans difficultés	04.55	17	44	50	30	58	76	70	53
Somme	3.47	12	43	52	42	38	81	65	61

Nous pouvons lire dans le tableau précédent ce qui suit :

a- Chez le groupe clinique (les femmes stériles) :

Les résultats révèlent une productivité limitée en moyenne (R = 15), surtout si on prend en considération le nombre de réponse par rapport au temps écoulé par réponse, ce qui nous donne déjà une idée sur l'attitude défensive des femmes face au matériel. Cette attitude défensive

vise à prendre du recule et ne pas trop s'impliquer personnellement. Le mode d'appréhension de la réalité, révèle aussi l'évitement de l'implication personnelle, en optant pour une perception globale (G= 50%), qui dépassent largement les réponses partielles (D= 42%). Cette attitude témoigne d'un manque du sens de création et l'accrochage à la réalité concrète contre une implication personnelle.

Les réponses détail blanc sont en moyenne normale, mais il faut signaler quand même, que 33% femmes ont eu recours aux réponses Dbl au dessus de la norme. Ce qui signifie qu'il existe chez elles une tendance à utiliser la projection comme moyen de défense. Cette sensibilité devant le vide révèle un manque qu'il faut combler pour mieux le maîtriser.

Cette adaptation à la réalité est soutenue par le nombre de réponses Forme (F= 58%), mais la moyenne des formes positives est inférieure à la norme chez 24% des femmes. Ce qui signifie qu'elles manquent de solidité et que le contrôle a échoué momentanément devant l'afflux des émotions secoués par le matériel.

Les kinesthésies sont rares (K= 02 en moyenne) et l'absence de kinesthésies humaines chez 20% de femmes, ce qui peut signifier un choc devant la matière et un problème de contrôle et de la régulation des pulsions ; surtout que ces femmes n'ont donné aucune réponse Humaine. Ce qui va dans le sens de problèmes par rapport à la représentation de soi et de l'autre. De l'autre côté, la moyenne des Kinesthésies Animales est inférieure à la norme chez l'ensemble de la population (kan= 01), ce qui va toujours dans le sens de la rigidité des mécanismes de défenses. En effet, grâce aux contenus Animales, les kinesthésies Humaines auraient pu trouver des déplacements permettant une représentation de soi et des relations mais cela n'a pas été le cas des femmes étudiées. Les Kinesthésies d'objet son quasiment nulles aussi (kob= 0.5) le contrôle pulsionnel est tel qu'aucune décharge n'est permise. D'ailleurs, quant elles apparaissent, c'est toujours après des réponses à contenus angoissants, ce qui révèle une grande anxiété. Cependant, les problèmes identitaires étaient éloignés chez 16 femmes sur 21 (ce qui représente 76% de femmes), et ce, vu la présence du pourcentage normal de réponses Animales (A%= 40) en moyenne. Tout cela signifie que les femmes ont une adaptation acceptable à la réalité ; surtout que le nombre de réponses Ban en moyenne est normal (Ban= 04).

Les réponses couleur sont inférieures à la norme dans la moyenne (C= 3.5) et le RC ne représente que 28% en moyenne. Les femmes restent perturbées devant les planches pastels.

Le TRI montre que 80 % des femmes sont extratensives, ce qui signifie, malgré l'abrasion des affects, que les femmes ont des possibilités à s'exprimer. Toutefois, il faut prendre ces résultats avec relativité : car sur ces 80% de femmes, 70 % d'entre elles ont présenté une formule secondaire du TRI introvertie. Ce qui montre encore une fois que

l'inhibition est importante. C'est comme si ces femmes essayent de se montrer différentes devant la psychologue comme une façon de ne pas se livrer tel qu'elles sont.

Sur 21 femmes que nous avons étudiées, 29% (06) d'entre elles ont donné un taux de réponses Anatomiques et sexuelles élevé. Nous avons alors élaboré la formule d'angoisse -qui a révélé qu'il existe un indicateur d'angoisse élevé chez 4 parmi elles.

Nous précisons que chez 33% de femmes, il était très difficile de savoir s'il existe vraiment un problème identitaire chez elles, devant le dénuement affectif et ce surinvestissement des limites qui sont apparus très fragiles d'ailleurs, comme un moyen de maintenir leur limite et s'assurer de la perte de soi. Seulement, cette fragilité identitaire est souvent écartée au TAT.

b- Chez le groupe témoin (femmes fertiles) :

Les résultats, révèlent une productivité moyenne (R = 22), ce qui nous donne déjà une idée sur la curiosité des femmes s'impliquer personnellement nous n'avons noté aucun refus. Le mode d'appréhension de la réalité, révèle un équilibre entre les modes d'appréhension et ne pas avoir peur de s'impliquer personnellement dans le test, en optant pour une perception globale (G= 30%), les réponses partielles représentent (D= 50%) en moyenne, cette attitude, témoigne du sens de création et l'utilisation de la réalité comme support au laisser aller de l'imagination. Nous remarquons par exemple, que les réponses détails sont associées à des déterminants formes ce qui signifie que les femmes ont une bonne intégration à la réalité ; sans que cette réalité n'entrave l'implication personnelle dans la matière.

Les réponses organisées sont apparues en générale aux planches : (II, VIII, IX, X) -c'est-à-dire aux planches couleurs- aussi aux planches I, IV, VII qui vérifient les identifications. Ce qui signifie que les femmes de ce groupe ont des capacités à traiter les mouvements pulsionnels sollicités par les planches et aussi prendre les positions identificatoires. Nous avons observé aussi que l'intellectualisation est jointe à la symbolisation dans la prise en charge des réactivations pulsionnelles suscitées par les planches. Ce qui garde la capacité adaptative intacte.

Le TRI (type de résonnance intime) montre que 80% des femmes sont extratensives, ce qui va dans le sens d'une dynamique psychique plus ou moins souple qui a permis un laisser aller pour exprimer ses désirs et ses besoins.

Les déterminants forme sont présent au nombre suffisant pour témoigner d'une bonne intégration mais aussi sans que cette forme ne gène l'implication personnelle (F% = 60), où le F+% = 80%).

Enfin, les contenus aussi sont variés (A% = 40 ; H% = 16 ; Anat = 5% ; Sang = 3%). Ces pourcentages concernent la moyenne chez les femmes.

Il faut signaler que chez 15% des femmes enceintes, la Forme est dominante même s'il ya une implication personnelle momentanément. Ce qui signifie que les femmes enceintes se protègent en ayant recours à la réalité contre les fantaisies personnelles, ce qui est normal –quand on sait que la grossesse est une phase sensible vue la réactivation des expériences passées de la vie de la femme. On s'attend d'ailleurs à des défenses meilleures une fois que la femme à dépassé la période de grossesse, surtout si elle est entourée par de bon objets.

B- Résultats les plus saillants au TAT :
Chez les femmes stériles :

Les procédés défensifs montrent que la majorité des protocoles sont pauvres et révèlent une défense massive devant le matériel. Les procédés les plus utilisés par les patientes sont les procédés d'inhibition (C= 40%), suit les procédés de contrôle (A= 22%), les procédés labiles se classe en troisième (B= 20%) avant les procédés primaires (E= 18%).

Ces résultats concernes la moyenne observée chez les femmes par contre, nous pouvons relever des différences interindividuelles.

Nous avons observé l'inhibition sous forme des restrictions au niveau de la production (CP2 = 10%) des silences (CP1= 15%), l'anonymat des personnages (CP3= 12%). Les discours sont souvent banalisés impersonnels, même si parfois il y a émergence des représentations intéressantes, mais souvent mises en échec par l'apparition immédiate des procédés d'inhibition pour mettre fin à ces représentations, les procédés d'inhibition par le comportement, sous forme de questions pour la psychologue (CC2= 10%), ou au contraire, l'apparition des processus primaires qui ont souvent perturbé le discours au lieu de le relancer. Le placage et la banalisation (CP4 = 10) ont fait que les femmes ont évité les problématiques sous jacentes aux planches ; l'agressivité n'est pas représentée de même pour la sexualité est évitée. En effet, l'inhibition est le meilleur moyen utilisé par les femmes pour contenir les fantasmes sollicités par le matériel - d'où le refoulement absolu de l'angoisse de perte d'objet- parfois l'inhibition est forte au point de refuser la planche.

Les processus primaires les plus répondus sont : scotomes d'objets (E1 = 10%), perception d'objets morcelés (E6= 20%), expression d'affects et ou de représentations massives liés à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniaque, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.) (E9 = 15%), flou du discours (E19 = 14%).

Les processus labiles étaient présents sous forme d'affect forts et exagérés (B2-4 = 20%), instabilité dans les identifications hésitation sur l'âge et ou le sexe des personnages (B2-11 = 18%), accent porté sur une thématique du style : aller, courir, dire, fuir, etc. (B2-12 = 13%). Les procédés du contrôle quand à eux, sont présent sous forme de précautions verbales (A2-3 = 21%), éloignement spatio-temporel (A2-4 = 7%), aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense (A2-7 = 12%), accent porté sur les conflits intra-personnels (A2-17 = 23%).
La production au TAT était pauvre chez les femmes stériles ; l'inhibition était dominante. Une lutte acharnée contre l'apparition des représentations se fait sentir –ce qui va dans le sens d'une réactivité devant les problématiques soulevées par le test, parce qu'elles ne sont pas dépassées par ces femmes qui n'ont trouvé de moyen que le recours à l'inhibition comme moyen devant l'émergence de ces problématique.

a- Chez le groupe témoin (femmes enceintes) :

Résultats du TAT :

Le fonctionnement psychique est plus souple chez les femmes enceintes (qui ne soufrent pas pendant leur grossesse) ; ce qui apparait clairement dans le fait que les procédés les plus utilisés par les femmes sont : les procédés labiles (B= 33%), procédés de contrôle (A= 29%), procédés d'inhibition (C= 20%)

Les procédés labiles sont apparus sous forme d'introduction de personnage non figurant sur l'image (B1-2 = 5%), entrée directe dans le discours (B2-1= 10%) d'accent porté sur les relations interpersonnelles (B2-3 = 20%), expression verbalisée d'affects forts ou exagérés (B2-4 = 15%), instabilité dans les identifications, hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages (B2-11 = 11%), accent porté sur une thématique du style, aller courir, dire fuir etc. (B2-12 = 15%).

Les procédés de contrôle sont apparus sous forme de précautions verbales (A2-3 = 18%) d'hésitation entre interprétations différentes (A2-6= 18%), précautions verbales (A2-3 = 15%), intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire, en rapport avec le contenu manifeste (A2-13 = 11%), remachage rumination (A2-8 = 10%)

Les procédés d'inhibition sont présents sous forme de Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1 =16%), tendance générale à la restriction (CP2= 12%), anonymat des personnages (CP3 = 14%), demandes faites au clinicien (CC2= 10%), accrochage au contenu manifeste (CF1 = 13%).

Les processus primaires étaient présents sous forme de perception d'objets morcelés et/ou d'objet détériorés ou de personnage malades, malformés (E6 = 19%), expression « crues » liées à une thématique sexuelle ou agressive (E8 = 18%), perception du mauvais objet, thème de

persécution (E14 = 15%), craquées verbales (troubles de la syntaxe) (E17 = 10%), vague, indétermination, flou du discours (E20 = 15%)

Il est clair que la production projective est plus équilibrée chez les femmes fertiles que chez les femmes stériles. Nous avons remarqué une variété de procédés défensifs ; ce qui a permis aux femmes enceintes d'aborder les problématiques inhérentes aux planches. La bisexualité est abordée par les femmes et aussi la problématique œdipienne. Contrairement aux femmes stériles, les femmes enceintes on utilisé les procédés d'inhibition momentanément, pour pouvoir finalement exprimer les problématiques. Les procédés primaires sont aussi utilisés momentanément, pour mieux relancer le discours et mieux exprimer les problématiques.

Synthèse des données :

Chez cette population les défenses d'ordre névrotique se raréfient, elles basculent en faveur du registre de fonctionnement limite. Dans un système d'« *alternance entre des moments hyper adaptatifs et des moments hyper projectifs* » (C. CHABERT, 1998 : p.28) dénonçant le clivage du moi chez la majorité des femmes étudiées.

Enfin, chez 29% des femmes de ce groupe, le rapport à la réalité est véritablement déficitaire la projection domine sur la réalité. Ce sont des protocoles qui nous ont posé beaucoup de problèmes dans l'analyse seule la confrontation des deux tests, nous laisse constater que les espaces dedans-dehors chez nos sujets, ne se confondent pas.

b-Chez le groupe témoin (femmes fertiles) :

chez les femmes de ce groupe, le rapport à la réalité est cohérent la projection tient compte de la réalité. Ce sont des protocoles qui nous ont pas posé beaucoup de problèmes dans l'analyse tant la production est riche où la continuité du fonctionnement psychique est aisément repérable. Dans les deux tests, nous avons constaté que les espaces dedans-dehors chez les femmes enceintes, ne se confondent pas ; où le va et vient entre l'autre et soi se réalise justement « *sans que les deux espaces soient confondus […] Et sans que la pratique discursive en soit altérée* » (F. BRELET, 1986 : pp. 168-169).

Notre première hypothèse postulait que les organisations psychopathologiques sous jacentes au phénomène de stérilité psychogène et chez les femmes enceintes seront variées allant des organisations névrotiques aux organisations états limites, avec peut-être, une frange psychotique. En tenant compte des résultats obtenus ci-dessus, les femmes présentaient une variété de fonctionnements psychopathologiques et nous n'avons pas trouvé un fonctionnement type qui caractérise toutes les femmes stériles ou les femmes enceintes. Ainsi, l'hypothèse principale est confirmée.

Les femmes stériles ont présenté des aménagements défensifs rigides qui ont révélé un fonctionnement « pathologique » et qui s'est révélé à travers:

- Le RORSCHACH : une représentation corporelle fragile qui est reflété à travers une massivité des investissements narcissique et de la représentation de soi qui a mis en épreuve la solidité des processus d'individuation et la présence d'une image du corps pas bien intégrée. La capacité à établir des limites entre l'intérieur et l'extérieur rend compte du manque d'acquisition d'un niveau de développement libidinal où les relations objectales seraient instaurées. Les défenses par l'inhibition étaient dominantes.
- Des aménagements défensifs au TAT sont rigides concentré autour des procédés d'inhibition type phobique (CP), associés aux procédés de contrôle (A), malgré la présence de procédés labiles (B), et de processus primaires (E) la capacité de dégagement c'est avérée minimes. Ainsi, l'hypothèse secondaire est confirmée.

Les femmes enceintes ne souffrants pas de problèmes de santé pendant leur grossesse; elles ont présenté des aménagements défensifs variés qui ont révélé un fonctionnement « non-pathologique » et qui s'est révélé à travers:

- Le RORSCHACH : une représentation corporelle suffisamment structurée qui est reflétée à travers un équilibre entre les investissements narcissiques et objectaux a révélé la solidité des processus d'individuation et la présence d'une image du corps bien intégrée. La capacité à établir des limites entre l'intérieur et l'extérieur rend compte d'acquisition d'un niveau de développement libidinal où les relations objectales sont bien instaurées.
- Des aménagements défensifs au TAT sont variés ; ils tournent autour des procédés labiles (B), associés aux procédés de contrôle (A), malgré la présence de procédés d'inhibition (C), ils étaient momentanés. Ainsi que pour les processus primaires (E), la capacité de dégagement s'est avérée réussie. L'hypothèse secondaire est donc confirmée.

Conclusion

Nous avons insisté au cours de cette présentation sur les valeurs quantitatives dégagées dans notre étude, même si ces données sont importantes, elles seront plus faciles à saisir en présentant des cas illustratifs qui, seules, peuvent montrer l'importance de la dimension individuelle dans cette symptomatologie qui concerne la stérilité. Par souci de ne pas alourdir le texte, nous avons tenu à ne pas présenter des extraits même succins (cela fera l'objet d'un prochain article qui sera consacré au cas illustratifs).

Le processus de pensée sont investis par les femmes enceintes sur un mode plus réussit que chez les femmes stériles.

Pour conclure, on peut dire avec les différents auteurs dans le domaine de la stérilité, qu'un intense suivi psychologique est essentiel non seulement pour les femmes qui sont actuellement dans le vif besoin d'un enfant, mais également pour les femmes enceintes qui souhaiteraient une prise en charge psychologique et une écoute bienveillante. En effet, la grossesse est parfois le seul moment où certains éléments du passé peuvent affluer et revenir en surface. Il s'agit souvent d'une occasion unique pour tenter de les comprendre.

Bibliographie :

BEIZMANN C., (1966), *Livret de cotation des formes dans le Rorschach,* Paris, Paris : Ed. du centre de psychologie appliquée 1ère édition.
BRELET. F., (1986), *Le TAT ; fantasme et situation projective*, Paris : Dunod.
BYDLOWSKI M. (1998), *« La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité »,* Paris : PUF.
CHABERT C., (1983), *le Rorschach en clinique adulte, interprétation psychanalytique,* Paris : Dunod.
CHABERT C., 1987, *psychopathologie à l'épreuve du Rorschach,* Paris, Dunod.
CHABERT C., (1998), *psychanalyse et méthodes projectives,* Paris : Dunod.
EMMANUELLI M., BOEKHOLT M., (1995), du corps à la pensée : empreintes du maternel, *in psychologie clinique et projective,* vol. 1, n° 1, Paris : Dunod.
EMMANUELLI M., (2003), « L'examen psychologique en pratique clinique : les apports de la théorie psychanalytique », *Le Carnet PSY* 5/2003 (n° 82), p.15-17.
MARTY P., (1980), *L'ordre, psychosomatique,* Paris : Payot.
PEDINIELLI J. L., FERNANDEZ. (2009), « L'observation clinique et l'étude de cas », France, Armand Colin.
PERRON R., (2010), *La Raison psychanalytique, pour une science du devenir psychique*, Paris : Dunod.
FAURE- PRAGIER S., (1997), *Les bébés de l'inconscient, le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui,* 2003, 3ème Ed., Paris : PUF.
FAURE-PRAGIER S., (2001), « Que reste t-il de leurs amours ? Séparation mère – fille et conception », *Revue française de psychanalyse,* vol. 54(3), Paris : PUF.
SHENTOUB V., (1990), *Manuel d'utilisation du TAT, Approche psychanalytique*, Paris : Dunod.
TRAUBENBERG N. R., (1990), *« S*anté mentale, pathologie mentale ; des différents niveaux de prédiction à partir des techniques projectives *», psychologie médicale,* juin 1990, vol. 22, 8, Paris, 671-673.
سي موسي عبد الرحمان، و محمود بن خليفة، (2009)، علم النفس المرضي التحليلي و ألإسقاطي، الأنظمة النفسية و مظاهرها في الاختبارات الإسقاطية، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزء الأول.